

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT UNIVERSITAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

L A

Cure Radicale des Hernies par le procédé des quatre crins

Procédé du Docteur V. CIVEL (de Brest)

PAR

Henry COLAS

de la Faculté de Médecine de Paris

Assistant de chirurgie à la clinique du D^r E. Doyen

Interne en chirurgie des hôpitaux de Rennes

Interne en chirurgie des hôpitaux de Brest

1^{er} Prix (Lauréat, Médaille d'argent.) de l'Ecole de médecine de Rennes

Président : MONSIEUR LEGUEU, PROFESSEUR.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRI

26, Rue Monsieur - le - Prince, 26, Paris (VI^e Arr^t)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHT
Physique médicale.....	WEIS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale.....	
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	BROCA
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.....	{ DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique des maladies du système nerveux.....	HUTINEL
	GILBERT BALLE
	GAUCHER
	DEJERINE
Clinique chirurgicale.....	{ PIERRE DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voix urinaires.....	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	{ BAR PINARD RIBEMONT-DES- SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM			
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE HENRI	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

19

A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

A MA FIANCEE BIEN-AIMEE

Hommage de profonde affection

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR S. LE MONIET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole
de Médecine de Rennes
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. CIVEL

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital civil de Brest

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. DOYEN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien professeur suppléant à l'école de médecine
de Reims
Chirurgien de la maison de santé de la rue Piccini.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HARDOUIN

Professeur suppléant à l'école de médecine de Rennes
Chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu

A MON PRÉSIDENT DE THESE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT PROPOS

Nous nous proposons dans cette thèse, d'étudier un procédé de cure radicale de hernie que nous avons vu employer par notre maître, le D^r Civel, de Brest. C'est un procédé original, simple, pratique, donnant d'excellents résultats et qui, de plus, a fait ses preuves, car notre maître l'emploie depuis l'année 1900 et, depuis cette époque, a opéré près d'un millier de cas par ce procédé.

Nous même, avons eu, personnellement, l'occasion de l'employer plusieurs fois et toujours nous avons enregistré de brillants succès.

Nous en sommes d'ailleurs redevables à notre maître le D^r Civel qui a bien voulu, pendant les deux années d'internat que nous avons passées dans son service, guider nos premiers pas dans la voie chirurgicale et en même temps qu'il dirigeait notre main armée du bistouri, nous prodiguait les conseils autorisés de sa science et de sa longue expérience.

Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant, et lui adressons ici nos remerciements les plus sincères.

Nos remerciements et notre reconnaissance doivent également aller à Monsieur le Professeur Le Moniet, l'éminent chirurgien de Rennes, qui fut notre premier maître en chirurgie. Il sait combien nous lui sommes reconnaissant de nous avoir accordé les places si enviées d'externe et ensuite d'interne dans son service. Il a été pour nous plus qu'un maître officiel, mais nous craignons de blesser sa modestie si nous disions tout le bien que nous pensons de lui ; qu'il nous permette seulement

de lui exprimer notre profonde gratitude pour son extrême bonté et de nous incliner avec admiration devant son grand talent de chirurgien. Aussi lorsqu'il nous fallut subir l'épreuve d'une douloureuse intervention chirurgicale, ce fut avec confiance, que nous nous remîmes entre ses mains. Une fois de plus sa science et son habileté devaient faire merveilles : nous lui sommes redevable d'une santé aujourd'hui excellente, et vraisemblablement même : de la vie.

Nous nous garderons d'oublier le D^r Hardouin, chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dont nous avons toujours gardé un très bon souvenir et qui fut pour nous un bon maître et un médecin dévoué. Nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance.

Le Docteur E. Doyen, de Paris, nous fit le très grand honneur de nous accepter comme assistant de chirurgie en sa maison de santé de la rue Piccini. Il ne m'appartient pas de faire l'éloge d'un tel maître dont la réputation est universelle. Notre entrée à sa clinique devait être pour nous le couronnement de nos études chirurgicales. A lui également vont et nos remerciements et notre reconnaissance.

Qu'il nous soit également permis d'exprimer toute notre gratitude à Messieurs les Docteurs Le Noble, Bouquet et Chevillard, qui nous ont largement ouvert leurs services à l'hôpital et à la maternité de Brest et qui nous ont prodigué leurs bons conseils.

Que Monsieur le Professeur Legueu veuille bien agréer nos remerciements les plus sincères, pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

On peut presque dire que « chaque chirurgien a un procédé personnel pour la cure radicale des hernies ». En effet ces procédés sont innombrables et cela, parce qu'aucun n'est parfait : aucun ne met sûrement à l'abri de la récurrence. Aussi chacun emploie-t-il le procédé qui lui paraît le meilleur, le modifie, l'adapte à sa façon d'opérer et parfois même crée un procédé qui peut paraître, très différent des procédés classiques mais qui en réalité se ramène toujours aux grandes règles qui guident la cure radicale des hernies et qui comprennent, en général : d'abord la *suppression de la hernie*, ensuite la *réfection anatomique des parois*.

Tel est le procédé que nous allons décrire et que nous désignerons du nom de « *Procédé des 4 crins* ». Nous étudierons d'abord ce procédé, nous verrons ses avantages, ses applications aux différentes sortes de hernies et nous terminerons par quelques réflexions personnelles sur différents points de la cure radicale des hernies.

Le Dr Civel a donné une première description de ce procédé dans les « *Archives provinciales de chirurgie* » du 1^{er} janvier 1902, mais il ne s'y est pas attardé. Ce n'était qu'un chapitre d'un travail sur « *La suture en 8 de chiffre et ses différentes applications* ». Nous allons étudier, aujourd'hui, cette question en particulier tout en conservant les grandes lignes du travail du Dr Civel.

« Le Procédé des 4 Crins »

Voici en quoi consiste le procédé des 4 crins.

Supposons que vous ayez à opérer une hernie inguinale.

Tout d'abord l'instrumentation nécessaire est des plus simples :

1 bistouri,

1 paire de ciseaux,

1 pince à griffes,

1 aiguille à manche courbe de Reverdin ou de Doyen,

6 pinces variées (hémostatiques, de Péan, de Kocher, etc..)

1 paire d'écarteurs de Farabeuf.

Si vous opérez hors l'hôpital, joignez-y quelques aiguilles très fines et de la soie fine dans le cas où vous auriez à faire une suture intestinale ou vésicale ; car il ne faut pas se trouver pris au dépourvu.

Enfin pour terminer cette liste il vous faut : 4 crins de Florence un peu longs et forts.

Ainsi outillé, le malade endormi, vos instruments, vos mains, la peau de votre malade désinfectés, commencez votre opération.

Repérez l'épine du pubis et faites une incision de 5 centimètres en dehors de cette épine. Votre incision sera oblique de haut en bas et de dehors en dedans, parallèlement au canal inguinal. Autant que possible, évitez :

en haut, de dépasser la limite des poils du pubis qui, plus tard, dissimuleront la cicatrice ; en bas d'empiéter sur la peau du scrotum dont l'affrontement est plus difficile car les bords en ont tendance à se recroqueviller en dedans.

Incisez franchement sans vous attarder à pincer les petits vaisseaux que vous coupez (artères sous-cutanées abdominales et branches des honteuses externes supérieures) ne posez votre bistouri qu'une fois arrivé sur le cordon. A ce moment, pincez les petits vaisseaux qui donnent, ne les laissez pas saigner plus longtemps, car le sang imпреignerait le champ opératoire et vous pourriez vous trouver gêné pour la dissection du sac, surtout si celui-ci est mince.

Alors du bout d'une pince hémostatique, dégagez à droite et à gauche du cordon de façon à l'isoler complètement et à le sortir de sa loge ; glissez en dessous votre main gauche et laissez-y reposer le cordon. Saisissant votre bistouri comme un archet de violon, et le maniant avec légèreté et adresse, incisez la gaine du cordon. Reposez votre bistouri et avec une pince de Kocher, agrandissez cette incision, isolez les éléments du cordon les uns des autres et examinez-les successivement de façon à découvrir le sac. En se servant ainsi d'une pince de Kocher on ne risque pas de blesser les éléments du cordon ; en tous cas, la première chose à rechercher est le canal déférent, qu'il faut avoir soin de ne pas perdre de vue, pour ne pas risquer de le blesser ou de le sectionner.

Les débutants ont parfois de la difficulté à trouver le sac : cela tient à ce qu'on a tendance à le chercher trop

bas ; c'est en haut à la partie supérieure du canal inguinal qu'il faut le rechercher. Une fois le sac trouvé, il faut le repérer avec une ou deux pinces et le disséquer soigneusement. Commencer par en isoler un coin au bistouri et finir de le dégager à la compresse. Le dégager le plus haut possible, jusqu'à ce qu'on voit apparaître le tissu adipeux jaunâtre qui vous annoncera l'approche de la vessie.

Votre sac disséqué, ouvrez-le pour voir s'il ne renferme rien : il ne faut pas vous exposer à lier et à resséquer fâcheusement l'épiploon, ou pis encore la vessie ou l'intestin. Ouvrez donc le sac et s'il renferme un organe quelconque, réduisez-le avant de continuer.

A ce moment prenant votre aiguille courbe, vous passez, *en bourse*, autour de la racine du sac, un des crins de Florence de façon à ce que le sac se trouve fermé quand on tire sur les deux chefs du fil ; mais ayez grand soin de *ne pas nouer* votre crin, de façon qu'il puisse jouer et coulisser librement. Ceci fait, resséquez votre sac à environ 1 centimètre du point où passe le crin. Laissez le moignon rentrer à l'intérieur.

Parfois, quand le sac est mince, vous ne pouvez faire ce passage du crin en bourse ; dans ce cas il suffit de replier le sac sur lui-même et d'en traverser les deux épaisseurs. Ou encore matelassez le sac en faisant au travers de ses parois deux ou trois points suivant une ligne oblique. Les dimensions plus ou moins grandes du sac déterminent le choix du procédé. La suture en bourse convient pour les sacs les plus grands, les deux autres procédés conviennent aux sacs minces, aux sacs

d'enfants. De toutes façons quand le fil est tendu, nous obtenons une fermeture solide.

La partie exubérante du sac étant resséquée, par une manœuvre analogue à celle de Barker, nous en remontons le moignon et le fixons à la face postérieure de la paroi abdominale. Voici comment vous devez procéder : supposons que vous opéreriez à gauche. Introduisez l'index de la main gauche, allongé, dans l'orifice du canal inguinal et en suivant la direction du canal introduisez-le, le plus loin que vous pourrez, en arrière de la paroi abdominale. Votre doigt chemine entre le péritoine et les muscles de la paroi ; quand vous l'aurez introduit le plus haut possible, poussez en avant de façon à le faire saillir sous la peau. Alors avec votre aiguille courbe, que vous tenez de la main droite, traversez la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse, jusqu'à ce que la pointe de votre aiguille arrive en contact avec la pulpe de votre doigt. Dans cette manœuvre, vous aurez parfois de la difficulté à traverser la peau, celle-ci traversée, la résistance cède brusquement et l'on risquerait de pénétrer dans le ventre et d'y crever l'intestin ; on ne saurait donc trop recommander de tenir son aiguille presque horizontalement pour percer la peau et de ne la redresser que pour la traversée musculaire, qui n'offre aucune difficulté.

Une fois votre aiguille en contact avec la pulpe de votre doigt, il faut l'y maintenir soigneusement car, vous n'êtes séparé de la cavité abdominale que par l'épaisseur du péritoine et vous pourriez fort bien y pénétrer et y perforer l'intestin. Ayez donc soin de garder le con-

tact entre la pointe de l'aiguille et la pulpe de votre doigt.

Faites alors ressortir votre aiguille dans la plaie. Introduisez les deux chefs de votre crin dans le chas de l'aiguille et d'un mouvement sec, retirez votre aiguille : les deux chefs du crin ressortent à la paroi abdominale, dans le voisinage de l'épine iliaque, par un trou d'aiguille unique. En tirant sur les 2 chefs de ce crin, 1^o) on remonte le moignon du sac, 2^o) on le ferme hermétiquement. Ayant de continuer l'opération, plaçons une pince sur les 2 chefs de ce fil de façon à éviter qu'une traction maladroite ne l'enlève.

Ceci représente la première partie de l'opération ; la seconde comprend la fermeture du canal inguinal, que nous allons fermer avec deux crins en huit de chiffre.

Tout d'abord, dégageons les éléments du cordon, que nous repoussons en dehors, dans l'épaisseur de la couche musculaire, à l'angle externe du canal inguinal. Nous n'aurons plus à nous en occuper et quand nos fils en 8 de chiffre seront serrés, il se trouvera dans l'angle formé par l'O supérieur et l'O inférieur du 8 ; il ne courra donc pas le risque d'être comprimé.

Ceci fait, embrochons de notre aiguille le ligament de Poupart d'un côté, le transverse, le petit oblique (formant le tendon conjoint) et le grand oblique de l'autre et faisons-y passer un premier crin. Ce premier crin doit être placé le plus haut possible. Etant donné le voisinage des vaisseaux, qui passent sous le ligament de Poupart avant de devenir vaisseaux fémoraux, il convient de prendre une petite précaution. Si vous mettez le doigt dans la plaie vous sentez l'arcade crurale comme une

corde tendue occupant tout le côté inférieur de votre plaie ; elle constitue le bord inférieur du canal inguinal. Pour éviter d'embrocher vos vaisseaux illiaques il vous suffira de prendre entre le pouce et l'index *une pincée* d'arcade crurale et si vous n'y percevez aucun battement d'y faire passer votre aiguille. Ce 1^{er} crin étant ainsi passé dans les couches musculaires profondes, croisez-en les deux chefs et faites les ressortir à la peau à un centimètre de chaque côté de l'incision. De sorte que par suite du croisement, le chef qui ressortait par le ligament de Poupart ressort, à la peau, à la lèvre supérieure de la plaie et que le chef qui traversait transverse, petit oblique et grand oblique, fait sa sortie sur la lèvre inférieure de l'incision. Ce fil forme dans son ensemble un 8 de chiffre qui sera achevé lorsque les deux chefs seront noués.

Placez alors un deuxième fil à deux ou trois centimètres plus bas que le premier ; procédez de la même façon que pour le premier, en lui faisant suivre le même trajet et en prenant les mêmes précautions. Ces deux fils étant placés, si vous tirez sur les 4 chefs vous remarquerez que vous fermez parfaitement l'anneau inguinal.

Il ne vous reste plus qu'à retirer les pinces que vous aviez mises sur les petits vaisseaux sous-cutanés, (ils ont cessé de donner et il est inutile de les lier) et à suturez la peau par un surjet que vous ferez avec votre 4^e crin. Il est inutile que je décrive la façon de faire ce surjet ; cependant si vous avez un aide pour votre opération (chose totalement inutile avec notre procédé), il pourra vous faciliter ce surjet en exerçant une légère

traction sur le nœud initial de votre surjet, ce qui aura pour effet de rapprocher les lèvres de la plaie et de les mettre exactement en présence.

L'opération est terminée, il ne vous reste plus qu'à placer sur la plaie un bourdonnet de gaze et sur ce bourdonnet vous liez entre eux : 1°) les deux chefs du crin qui remonte et ferme le moignon du sac ; 2°) les deux crins profonds en 8 de chiffre qui ferment le canal inguinal.

Nous ne saurions trop recommander de ne pas serrer ces crins outre mesure. Non seulement cela ne sert à rien, mais encore cela peut déterminer quelques points de sphacèle, nous avons eu l'occasion de nous en rendre compte plusieurs fois. Il y a là une question d'expérience personnelle, mais en général on a toujours, dans les débuts tendance à serrer trop les fils.

Le pansement devra être fait très soigneusement, tel que je le recommande plus loin dans mes réflexions sur les cures radicales de hernies.

Les fils resteront en place de 10 à 12 jours suivant le malade et l'état de ses tissus.

Les fils enlevés le malade attendra le 21^e jour pour son lever. Et, on lui recommandera ultérieurement le port d'une ceinture.

Avantages et Inconvénients du Procédé des 4 Crins

La description que nous venons de faire du procédé des 4 crins, relève dans ses grandes lignes de procédés déjà connus ; mais les détails que notre maître y a ajoutés en ont fait un procédé complet et original.

Ses avantages sont nombreux, nous allons les énumérer et en parler d'ailleurs rapidement car nous avons l'intention de les reprendre dans nos conclusions.

L'idée générale, qui a guidé le Dr Civel dans la création de ce procédé, a été d'en faire un PROCÉDÉ PRATIQUE et UN PROCÉDÉ SIMPLE. Qu'y a-t-il de plus simple, en effet, que ce procédé des 4 crins ?

Quatre crins, une demi-douzaine d'instruments, pas d'aide, l'opération faite (dans les cas simples) en 4 ou 5 minutes, un seul pansement à faire, le jour où on enlève les crins. Que peut-on rêver de plus simple, de plus rapide, de plus économique ?

Sécurité absolue pour le chirurgien au point de vue des fils : il sait en effet : 1°) que ses fils tiendront tant qu'il les laissera ; 2°) que le jour où il les enlèvera il ne restera pas de corps étrangers dans la plaie ; donc pas de suppuration intarissable à redouter.

Dans le procédé de remontage du moignon du sac, quelle différence avec les manœuvres longues et compliquées de Barker ou de Kocher.

Mais, on a reproché à ce procédé de favoriser les hernies directes. Voici ce que répond notre maître le docteur Civel (1) : « On a reproché à ce procédé de favoriser les hernies directes. C'est possible, et nous l'avons nous-même constaté. Nous avons par contre réopéré des hernies opérées par le Bassini type. La hernie s'était reproduite par le canal reconstitué. A la suite de la seconde opération, il n'y a pas eu de récurrence. Quel que soit le procédé, la récurrence est toujours possible : voilà la vérité ». Notre maître écrivait ceci en 1902, il faut croire que depuis, son procédé des 4 crins lui a donné toute satisfaction car il y est resté et le nombre des cas ainsi traités approche du mille.

Comme nous le disions dans notre avant-propos, personnellement nous avons employé ce procédé dans plusieurs cas toujours avec succès et une régularité constante dans les résultats.

(1). *Archives provinciales de Chirurgie* — 1^{er} Janvier 1902. — De la suture en 8 de chiffre et de ses différentes applications. Dr V. Civel.

Applications du procédé des 4 crins aux différentes Hernies

Le « procédé des 4 crins » s'applique à toutes les variétés de hernies quelles qu'elles soient : il suffit d'y apporter une petite modification suivant la variété à laquelle on a affaire. Nous allons passer en revue les différents cas qui peuvent se présenter.

Le « procédé des 4 crins » appliqué à la cure radicale de :

1°) LA HERNIE INGUINALE. — A). *Chez l'homme.* — Nous l'avons longuement étudié au début de ce travail, il est donc inutile d'y revenir.

B) *Chez la femme.* — Ici le procédé n'offre rien de particulier si ce n'est que, chez la femme, l'absence de cordon dans le canal inguinal rend la cure radicale plus simple, et plus complète. Il n'y a pas de précautions à prendre pour éviter la compression du cordon, et l'on peut obtenir une fermeture absolument complète du canal inguinal.

C) *Chez l'enfant.* — Une fois le sac resséqué et son moignon remonté et fixé, il est inutile de mettre des crins profonds pour fermer le canal inguinal. *Sublata causa tollitur effectus.* La hernie enlevée, le canal inguinal se referme solidement de lui-même. Il suffit donc de

faire passer les crins en 8 de chiffre dans le tissu cellulaire sous-cutané pour obtenir un bon affrontement des lèvres de la plaie et le reste s'arrange seul.

D) *Chez le nouveau-né.* — Encore plus simple : Un crin. Une incision de 2 centimètres pour extirper et remonter le sac par un crin. Prélever sur ce crin 5 centimètres pour faire un point à la petite plaie cutanée. Enlever les fils le 4^e jour.

2°) LA HERNIE CRURALE. — N'offre pas grande particularité, faire l'incision cutanée parallèlement au pli de l'aîne de façon qu'elle se dissimule plus facilement et soit plus esthétique. Ces hernies sont généralement précédées d'un gros lipome pré herniaire qu'on extirpe en même temps que le sac. Au lieu de passer par l'anneau inguinal, c'est par l'anneau crural que l'on remonte et fixe le moignon du sac. La fermeture de l'anneau s'obtient encore ici par deux crins en 8 de chiffre qui traversent : d'une part, l'arcade crurale et, d'autre part, le muscle pectiné. Ces crins sont croisés, et, viennent ressortir à la peau, de chaque côté de l'incision cutanée. L'opération se fait, de la même façon, chez l'homme et chez la femme.

3°) LES HERNIES LOMBAIRES, ISCHIATIKES, OBTURATRICES sont des raretés, ici encore le chirurgien suivra les grandes lignes du procédé des 4 crins et procédera au remontage du moignon de sac, et à la fermeture des orifices qui livraient passage aux hernies, par la suture, entre elles, des masses musculaires avoisinantes, au moyen de crins passés en 8 de chiffre.

4°) LA HERNIE DE LA LIGNE BLANCHE, relativement rare,

se traite comme la hernie ombilicale que nous allons étudier.

5°) LA HERNIE OMBILICALE. — Ici, ce n'est pas exactement le procédé des 4 crins que nous employons. Une fois le sac de la hernie extirpé, il n'y a pas de moignon de sac à remonter : donc suppression du premier temps de notre procédé. Le deuxième temps est simplement une fermeture de ventre comme après une simple laparotomie.

Pour cela nous employons encore des crins en 8 de chiffre (nous avons soin d'en mettre quelques-uns en double, c'est une précaution utile, surtout, dans la portion sus-ombilicale de l'incision, où la pression et la tension sont très fortes). Nous passons le crin, de chaque côté, dans le péritoine et la lame musculo-aponévrotique de la gaine des grands droits, à ce moment nous croisons les chefs de nos crins et, ils ont à traverser le tissu cellulaire sous-cutané et la peau avant d'arriver à l'extérieur. Avant de nouer ces fils profonds, sur un bourdonnet de gaze, ici encore, on suture la peau par un surjet au crin. Ce procédé correspond assez exactement, à ce que Clado a donné comme procédé de suture de la paroi abdominale. [(Nouvelle suture de la paroi abdominale. Suture en 8 de chiffre de M. Clado). (Frappier. Thèse de Paris, 1900).] Cependant il en diffère par quelques points que nous considérons comme très importants. Clado lie directement sur la peau les extrémités des fils en 8. Il n'emploie pas le surjet superficiel. Or l'absence de surjet cutané, oblige à serrer fortement les fils en 8 : ce qui coupe les tissus et donne des points

de sphacèle. Moins l'on serre les boucles du 8 meilleur est le résultat : d'où, nécessité du surjet cutané.

De plus la ligature sur bourdonnet de gaze (qui sert en même temps de pansement) permet de mieux répartir la pression et de donner plus d'élasticité à la tension.

Enfin dans ces cas, nous retirons les fils profonds au bout de 15 jours, mais on laisse le surjet cutané ; de sorte que, si une éventration vient à se produire, le contenu de l'abdomen ne peut s'échapper. Pareil accident est arrivé à de nombreux chirurgiens, et nous est arrivé, il y a à peine quelques mois. Un homme d'une cinquantaine d'années avait subi une gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac. Le 17^e jour, je lui enlève ses fils. La cicatrice paraissant solide, je commets l'imprudence d'enlever, non seulement les fils profonds, mais aussi le surjet cutané. L'homme commence à tousser dans la nuit, et le lendemain matin, je le trouve avec ses intestins dans son pansement. Il est bien évident, que si le surjet cutané avait été en place, cet accident ne se serait pas produit. Mon maître, le Dr Civel, a employé les 2 procédés et trouve le deuxième bien supérieur au premier. Lui-même a eu deux cas d'éventrations à l'époque où il n'employait pas de surjet cutané, depuis l'emploi de ce dernier, cet accident ne s'est plus reproduit.

6°) LA HERNIE ÉTRANGLÉE. — En cas de hernie étranglée, de quelque variété qu'elle soit, le procédé des 4 crins n'offre rien de particulier. Une fois l'étranglement levé, et le contenu herniaire traité comme il convient, on applique le procédé des 4 crins comme dans les cas simples. Néanmoins, signalons, en passant, que nous

sommes restés fidèles au vieux procédé de la divulsion par le doigt, pour lever l'étranglement : en effet dans huit sur dix des cas, il suffit d'introduire le doigt dans l'orifice par lequel passe la hernie pour l'agrandir d'une façon suffisante, pour permettre la réduction de l'organe hernié.

Quelques réflexions sur les cures radicales des hernies

Du traitement de l'épiploon dans les cures radicales de hernies — On a, je crois, une trop grande tendance à resséquer l'épiploon dans les cures radicales de hernies. Certains chirurgiens le ressèquent dès qu'ils ont la moindre difficulté à le rentrer ; d'autres, vont même jusqu'à le resséquer d'une façon systématique, chaque fois qu'ils le rencontrent, et cela par principe. Je crois qu'il y a là un abus ; en effet, l'épiploon est un organe utile : c'est un organe de défense au point de vue abdominal et au point de vue général il semble remplir un rôle dans la phagocytose. De plus sa résection n'est pas sans présenter des inconvénients et même des dangers. En effet quand on coupe un paquet d'épiploon, on a un pédicule plus ou moins gros, une surface cruentée, qui peut donner naissance à des adhérences, voire même déterminer des coudures et des étranglements. L'emploi de fils de soie n'est pas exempt de dangers sur lesquels Reynier a très justement attiré l'attention au congrès de Chirurgie de 1895 (Reynier. — *Du danger des fils de soie dans la ligature de l'épiploon. Congrès de Chirurgie. 1895*). Enfin, malgré les précautions prises, (écrasement préalable du pédicule, ligatures

en chaîne, nœuds compliqués) que notre fil vienne à glisser et alors, c'est l'hémorragie interne.

Voici un exemple frappant des inconvénients de résections d'épiploon : Il y a quelques années, un officier d'infanterie coloniale demande au D^r Civel de l'opérer d'une hernie inguinale. N'ayant pu s'arranger avec mon maître, cet officier se fit opérer dans une grande ville par un chirurgien qui lui resséqua un grand bout d'épiploon. Résultat : épiploïte, adhérences, crises douloureuses qui nécessitent une laparotomie médiane ; par malheur il se produit de la suppuration, d'où éventration. Un essai de cure radicale de cette éventration ne réussit pas et cet officier est obligé de quitter l'armée.

Par conséquent, il convient de resséquer rarement l'épiploon : dans la hernie étranglée quand il est menacé de gangrène ; dans la hernie simple quand il est lui-même malade (tuberculeuse, dégénérescence éthylique) ou qu'il faudrait faire trop de dégâts à la paroi pour le réduire. C'est la conduite que j'ai adoptée dans le cas de l'Observation N° 3. Dans les autres cas on doit essayer de le conserver et on y parvient généralement avec un peu d'adresse et de patience.

De l'incision dans la hernie inguinale double. —

D'une façon générale on opère la hernie inguinale double par une double incision : une pour chaque hernie. Depuis longtemps déjà mon maître le D^r Civel opère ces hernies par une incision unique. C'est une incision horizontale sus-pubienne allant d'une épine du pubis à l'autre. Cette incision donne un jour très suffisant pour faire les 2 cures radicales, et elle est très esthétique car,

dissimulée dans les poils, elle est invisible. Les malades sont généralement très satisfaits de n'avoir qu'une entaille pour 2 opérations. (Voir observation n° 7).

Du pansement des hernies inguinales. — Personnellement, j'attache une importance énorme au pansement des hernies inguinales chez l'homme. Si le pansement est bien fait, et les bourses bien comprimées, il n'y a pas de place à un suintement sanguin, et par conséquent pas d'hématome ; si au contraire, le pansement est lâche, mal fait, quelque soignée qu'ait été l'hémotase au cours de votre opération, vous aurez de temps en temps des hématomes, qui suppuront et voueront votre intervention à un échec. On a donc intérêt à consacrer 5 minutes de plus à ce pansement et qu'il soit bien fait : les bourses doivent être comprimées et littéralement plaquées contre le périnée.

Du traitement de la suppuration dans les hernies opérées par le procédé des 4 crins — Si par hasard vous avez une hernie qui suppure, gardez-vous bien d'enlever les fils, mais procédez de la façon suivante : 1°) Coupez l'extrémité inférieure du bourdonnet de gaze de façon à ne conserver que juste la longueur nécessaire aux 3 fils profonds qui viennent se lier sur ce bourdonnet ; 2°) d'un coup de ciseaux coupez le dernier point du surjet cutané et par cette petite brèche introduisez une pince fermée. Vous l'ouvrez à l'intérieur et en la retirant ouverte, vous agrandissez, par divulsion, le passage qui donnera issue au pus. Inutile de mettre une mèche ou un drain, laissez cela se vider. Pendant ce temps, les crins profonds restés en place, maintien-

nent les tissus en bonne position et non seulement cela ne compromet en rien notre cure radicale, mais encore il se produit une réaction inflammatoire très forte qui donne naissance à un tissu de cicatrice encore plus solide qu'à l'état normal. Quand ces malades sont guéris, on sent sous la peau un tissu cicatriciel d'une dureté absolument ligneuse. On a ici une réunion *per secundam* telle que Mac Burney et Markoë l'ont préconisée pour les hernies, et dont Théophile Auger s'était fait le défenseur avant eux. Est-ce pourtant un procédé à rechercher et à ériger en méthode ? Je ne le crois pas. Mais quand par hasard la suppuration se produit à la suite d'une cure radicale de hernie, cette dernière n'est pas du tout vouée à un échec et si vous avez employé le procédé des $\frac{1}{4}$ crins pour votre cure radicale, la suppuration ne fera que renforcer votre tissu cicatriciel. Au bout d'une dizaine de jours, enlever les fils, il ne reste aucun corps étranger dans la plaie et la suppuration ne tardera pas à s'arrêter. Tout au plus si la cicatrice cutanée est moins fine que dans les cas simples, mais ce qu'elle perd au point de vue esthétique, on le gagne au point de vue solidité.

CONCLUSIONS

Le procédé des 4 crins que nous venons d'étudier est un procédé SIMPLE : simple par l'outillage qu'il nécessite et simple par sa technique et son exécution. On peut dire qu'il est à la portée de tout praticien.

Il est ÉCONOMIQUE : il suffit en effet de 4 crins pour une opération complète. Or 4 crins, que l'on stérilise soi-même par ébullition, coûtent quelques centimes, alors que, si l'on emploie un ou deux tubes de catgut, plus des agrafes pour la peau, c'est une dépense variant de 3 à 4 fr. Multipliez ce chiffre par celui des opérations que vous aurez faites dans votre année et vous verrez qu'à la fin de l'année, le procédé des 4 crins vous aura permis de faire une réelle économie.

C'est un procédé SÛR : en effet, le chirurgien à la certitude absolue que les fils qu'il a placés, resteront là jusqu'à ce qu'ils les enlève et que, par conséquent, l'affrontement des tissus sera assuré pendant tout ce temps. Alors qu'avec le catgut qui se résorbe en quelques jours, cette certitude n'existe pas ; et de plus, dans ce dernier cas, si on a affaire à un malade agité, se livrant à des mouvements désordonnés, ou encore, faisant une complication pulmonaire avec quintes de toux, on a bien des chances, de voir les sutures lâcher et compromettre le résultat de l'opération : accident qui ne se produira pas avec le procédé des 4 crins.

De plus, IL MET LE CHIRURGIEN A L'ABRI DES SUPPURATIONS PROLONGÉES et des éliminations secondaires de fils, (particulièrement fréquentes quand on emploie des fils de soie). En effet, supposons que par une faute d'asepsie, votre hernie vienne à suppurer ; lorsque nous aurons retiré nos crins, il ne restera aucun corps étranger dans la plaie, et la suppuration s'arrêtera au bout de quelques jours.

Enfin, SES RÉSULTATS SONT EXCELLENTS ET CONSTANTS. En deux ans d'internat dans le service du D^r Civel, je n'ai pas vu de malade, opéré par ce procédé, venir se faire opérer pour récidive de hernie. Certes, il en existe, mais elles sont excessivement rares, et ne se produisent que chez des gens à parois faibles et à mauvais tissus. Par contre, j'ai eu, plusieurs fois, l'occasion de voir des récidives de hernies à la suite d'opérations faites en employant d'autres procédés. Et pourtant, nous opérons des dockers, des pêcheurs, des marins de commerce, gens exerçant un métier pénible, nécessitant de violents efforts et ne prenant aucun ménagement. De plus, ils ne portent généralement pas de ceinture après leur opération. Pour que le résultat de l'opération se maintienne dans de telles conditions, il faut donc que le procédé employé soit bon.

Aussi nous ne saurions trop recommander aux chirurgiens de l'essayer, et tout au moins de le connaître, car c'est un procédé qui en cas d'urgence, à la campagne, peut leur rendre de réels services, car c'est un procédé véritablement PRATIQUE. Comme tel, il convient à chacun, sinon de l'adopter, du moins de l'avoir en réserve et de savoir s'en servir au moment utile.

OBSERVATIONS

Le procédé que nous venons de décrire est employé par le docteur Civel depuis l'année 1900.

Tant dans son service à l'hôpital civil, qu'à sa clinique particulière il a opéré, depuis cette date, près d'un millier de hernies. Nous ne citerons donc pas tous les cas qu'il a ainsi traités, nous nous contenterons de lui emprunter quelques observations des plus caractéristiques, auxquelles nous adjoindrons quelques-unes de nos observations personnelles.

OBSERVATION N° I

*Hernie inguinale gauche. — Cure radicale par le procédé
des 4 crins*

(Observation personnelle. — Hôpital temporaire n° 20 LANNION)

L... Pierre, 29 ans, soldat d'infanterie, est évacué sur l'hôpital 20 pour une hernie inguinale gauche qu'il a, dit-il, contractée dans une charge à la baïonnette quelques jours avant.

Après quelques jours de repos je l'opère le 28 septembre 1914. Incision de la paroi, dissection d'un sac volumineux et assez épais. Résection du sac qui est fermé et remonté par un crin. Fermeture du trajet inguinal par 2 crins en 8 de chiffre. Surjet de la peau par un 4^e crin. Suites de l'opération absolument apyrétiques. Les fils sont enlevés le 10^e jour. Réunion parfaite de la plaie.

Le malade se lève le 21^e jour. Il va passer un mois au bord de la mer. Je le revois au bout de ce temps avec une paroi solide et une excellente cicatrice.

OBSERVATION N° II

*Hernie inguinale droite. — Cure radicale par le procédé
des 4 crins*

(Observation personnelle. — Hôpital n° 20. LANNION)

Morg...t, soldat d'infanterie. Dans la vie civile exerce le métier de mécanicien ajusteur aux chemins de fer, métier très fatigant où il dit avoir contracté sa hernie. Est évacué sur l'hôpital 20 pour une plaie, par éclat d'obus, au côté droit.

Cette plaie guérie, il me demande de l'opérer d'une hernie inguinale droite qu'il a depuis plusieurs années.

Je l'opère dans les premiers jours d'octobre. Il s'agit d'une hernie peu volumineuse à sac très mince. J'emploie le procédé des 4 crins.

Très bonnes suites opératoires. Les fils sont enlevés le 10^e jour. Le malade se lève le 21^e jour. Parfaitement guéri.

OBSERVATION N° III

Hernie inguinale droite. — Epiplocèle adhérente et irréductible. — Ascite. — Ethylique

(Observation personnelle. — Hôpital N° 20. LANNION)

Tym...r Henry, 34 ans, caporal d'infanterie. Dans la vie civile, employé de bazar, a, depuis plusieurs années, une volumineuse hernie inguinale droite. Est évacué sur l'hôpital 20 après la bataille de la Marne où il a été légèrement blessé. Demande à être débarrassé de sa hernie.

Je l'opère le 14 octobre 1914. Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. J'arrive sur le cordon que j'isole, je constate la présence d'un petit kyste du cordon du volume d'une noisette que j'incise et dont j'extirpe la poche.

La hernie forme une volumineuse tumeur de la grosseur

d'un œuf de poule, irréductible. J'ouvre le sac et il s'écoule du liquide ascitique en quantité. L'épiploon est granuleux, rougeâtre et adhérent aux parois du sac. Je l'isole soigneusement à la compresse et sa libération terminée j'essaie de le réduire, mais l'orifice inguinal interne qui est très serré ne le permet pas. Ne voulant pas agrandir cet orifice, dont la petitesse me permet d'espérer un bon résultat de ma cure radicale, je me décide à resséquer l'épiploon ; après une ligature en chaîne du pédicule, j'enlève un morceau d'épiploon d'une dizaine de centimètres de longueur et je réduis alors aisément le moignon. A ce moment sort du ventre environ un demi litre de liquide ascitique. Le reste de l'opération se passe normalement. Résection du sac, fermeture du sac et du canal inguinal et suture de la peau par le procédé des 4 crins.

Suites opératoires normales pendant 5 jours, à ce moment la température s'élève par suite de la formation d'un hématome. Je coupe la partie terminale du bourdonnet de gaze, et je fais sauter le dernier point du surjet cutané. J'agrandis légèrement l'ouverture au moyen d'une pince, ce qui donne issue à une cuillerée de sérosité et quelques petits caillots. La température baisse immédiatement. Les fils sont enlevés le 12^e jour. Le malade se lève le 25^e, parfaitement guéri. Même la cicatrice ne présente pas trace de la petite manœuvre effectuée pour évacuer l'hématome.

OBSERVATION N° IV

*Hernie inguinale droite. — Cure radicale par le procédé
des 4 crins*

(Observ. person. — Hôpital tempor. n° 35. AVRANCHES)

Kerbr... Jean, 26 ans, soldat au 62^e d'infanterie. Dans la vie civile, cultivateur ; a depuis quelques mois une hernie inguinale droite. Blessé d'une balle à l'avant-bras, demande une fois guéri à être opéré de sa hernie.

Je l'opère dans les derniers jours de novembre 1914. Je fais cette opération seul, sans aide, avec un mauvais outillage. Je pratique la cure radicale d'une petite hernie inguinale droite par le procédé des 4 crins.

Suites opératoires normales. Les 4 fils sont enlevés le 10^e jour. Je quitte Avranches le 13 décembre : 21 jours ne s'étant pas encore écoulés depuis son opération, mon malade ne se lève pas encore, mais localement il est parfaitement guéri, la plaie cicatrisée, et avec toutes les apparences d'une bonne cure radicale.

OBSERVATION N° V

*Hernie du cœcum. — Résection du sac. — Cure radicale
par le procédé des 4 crins.*

(Observation du Dr Civel. Hôpital civil. BREST)

Wal...q Julien, 52 ans, réfugié français d'Armentières, entre le 19 Juillet 1914 salle Saint Côme, lit n° 12 pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite, douloureuse et irréductible. Il dit avoir eu des crises, ressemblant à des crises d'appendicite (douleur, diarrhée, constipation, vomissements etc...) On l'opère quelques jours plus tard, on trouve un sac volumineux à l'intérieur duquel se trouve le cœcum, adhérent en plusieurs points et très enflammé. On le libère, et on recherche l'appendice qui demeure introuvable ; on remarque à la face postérieure du cœcum un épaississement cylindrique qui paraît être un vestige de l'appendice dégénéré et adhérent à la paroi, mais cet épaississement est si peu marqué et l'adhérence ou pour mieux parler, la fusion si intime, qu'il nous paraît inutile d'essayer de l'isoler ; on n'aboutirait qu'à crever l'intestin. Dans ces conditions, on rentre l'intestin, on ressèque le sac qui est fermé et remonté par un crin. 2 crins ferment le canal inguinal et le 4^e suture la peau. Suites opératoires bonnes. Les fils sont enlevés le 12^e jour.

A la partie supérieure de la plaie, un petit point de sphacèle dû à ce que le crin supérieur a été trop serré. Ce point se comble d'ailleurs rapidement et le malade se lève au bout d'un mois, complètement guéri.

OBSERVATION N° VI

Hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire

(Observation du Dr Civel. Hôpital civil. BREST)

M....é Henri, 16 ans, entre salle Saint Côme le 26 juillet pour une hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire.

A l'opération on trouve le testicule à l'intérieur du canal inguinal près de l'anneau interne, il paraît d'ailleurs bien développé ; on dissèque le cordon et on parvient à abaisser suffisamment la glande pour la fixer au fond de la bourse droite au moyen d'un crin qui vient à l'extérieur se nouer sur un bourdonnet de gaze. On pratique la cure radicale d'une pointe de hernie par le procédé des 4 crins. Néanmoins un 5° crin est placé en 8 de chiffre à la partie inférieure du canal, de façon à éviter l'ascension du testicule, au cas où le crin qui fixe ce dernier à la bourse viendrait à lâcher. On retire les fils le 12° jour, sauf le fil fixant le testicule qui n'est retiré que le 15°.

Succès complet. La hernie radicalement guérie et le testicule bien descendu dans le scrotum.

Le malade se lève le 22° jour.

OBSERVATION N° VII

Hernie inguinale double

(Observation du Dr Civel. Hôpital civil. BREST)

G...t Jean, 18 ans, entre salle St Côme le 31 juillet 1914 pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite contractée à la suite d'un violent effort au début du mois. Il souffre

également du côté gauche et présente de ce côté un léger soulèvement de la paroi.

Opéré le 3 août; Incision transversale sus-pubienne, qui sera plus tard entièrement cachée dans les poils et par cette incision unique on fait la cure radicale d'une hernie inguinale droite de volume moyen et d'une pointe de hernie inguinale gauche. Ici encore nous employons le procédé des 4 crins, mais un seul crin suffit pour suturer l'incision cutanée.

Les fils sont enlevés le 12^e jour, le malade se lève le 21^e jour et le lendemain même quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION N° VIII

Hernie crurale gauche

(Observation du Dr Civel, Hôpital civil, BREST).

Lau.....s Jean, 32 ans, cultivateur, entre salle Saint-Come le 2 juin 1914 demande à être débarrassé d'une grosse hernie crurale gauche. Est opéré le 3 juin : après incision de la peau, on tombe sur une hernie crurale peu volumineuse mais précédée d'un volumineux lipome pré-herniaire. Ce lipome et le sac sont reséqués. Le moignon du sac fermé par un crin est remonté et fixé à la face interne de la paroi abdominale. Deux crins en 8 de chiffre ferment l'anneau crural par abaissement de l'arcade crurale sur le pectiné. Enfin un 4^e crin suture la peau. On enlève les fils le 10^e jour. La plaie est complètement cicatrisée. Le malade refuse de rester 21 jours au lit et quitte l'hôpital le 19 juin c'est-à-dire 16 jours après son opération.

OBSERVATION N° IX

Hernie inguinale gauche étranglée. — Kélotomie. — Cure radicale par le procédé des 4 crins. — Hydrocèle.

(Observation du Dr Civel, Hôpital civil, BREST)

G.....n Guillaume, 32 ans, marin pêcheur, entre salle St-

Côme le 24 mars 1914 pour une hernie inguinale gauche étranglée depuis 48 heures. De plus il est porteur du même côté d'une volumineuse hydrocèle. Incision de la peau, ouverture du sac, il s'écoule un peu de liquide. On agrandit l'orifice d'étranglement par divulsion en y introduisant l'extrémité du doigt, l'orifice étant agrandi permet de sortir l'anse intestinale étranglée et de l'examiner avec soin : elle est noirâtre mais sans lésion très avancée ; on la réduit à l'intérieur du ventre. On dissèque alors le sac, on passe un crin qui le ferme en bourse à sa base, on le ressèque et on remonte le moignon, on passe 2 crins en 8 de chiffre dans le canal inguinal. A ce moment, par l'incision de la hernie, on incise l'hydrocèle qui se vide. On retourne la vaginale et on la ressèque. Puis le testicule est remis en place. La peau suturée par un 4^e crin et les fils profonds serrés.

Bonnes suites opératoires. Cependant au bout de 48 heures le malade fait un volumineux hématome (il a dû se produire un suintement sanguin consécutivement à la résection de la vaginale). On incise très légèrement cet hématome qui se vide, mais néanmoins s'infecte. Les fils sont enlevés le 12^e jour. Suppuration par l'incision de l'hématome, elle dure près d'un mois mais néanmoins la cure radicale de la hernie se maintient. Le malade sort le 19 mai complètement guéri de son hydrocèle et de sa hernie malgré la suppuration. Sur le trajet du canal inguinal on sent une cicatrice interne d'une dureté presque ligneuse.

OBSERVATION N° X

Hernie crurale droite étranglée depuis 8 jours. Perforation intestinale. — Suture. — Cure par le procédé des 4 crins
(Observation du Dr Civel. Hôpital civil. BREST)

R....s Gabrielle, 58 ans, entre salle Sainte Marie le 31 août 1914, pour une hernie crurale droite étranglée depuis 8 jours. Incision cutanée. Ouverture du sac : il s'échappe un peu de

liquide nauséabond mélangé à des matières. L'étranglement est levé, l'intestin attiré au dehors, est examiné. L'anse d'intestin grêle ainsi étranglée présente une petite perforation qui est fermée puis enfouie sous une suture séro-séreuse en bourse. Après une toilette soigneuse on rentre l'intestin dans le ventre et on fait la cure radicale par le procédé des 4 crins. Pas de drainage.

Très bonnes suites opératoires. Les fils sont enlevés le 12^e jour. La malade quitte l'hôpital le 24 septembre. Exactement 24 jours après l'opération, complètement guérie.

OBSERVATION N° XI

Hernie inguinale droite. — Hernie inguinale gauche

Cures par le procédé des 4 crins)

(Observation du D^r Civel. Hôpital civil. BREST)

Q.....c Yves, 3 ans, entre à l'hôpital une première fois, dans le service des enfants, le 24 avril 1914 pour hernie inguinale droite, dont on pratique la cure radicale par le procédé des 4 crins. Il sort guéri le 16 mai. Il fait une deuxième entrée à l'hôpital, le 13 août : cette fois, c'est pour une hernie inguinale, mais de l'autre côté. Ce retour nous permet de nous rendre compte du bon résultat de la première opération. Nous opérons cette deuxième hernie toujours par le même procédé. Notre petit malade sort guéri au bout de 25 jours.

OBSERVATION N° XII

Hernie crurale droite. — Procédé des 4 crins.

(Observation du D^r Civel. Hôpital civil. BREST)

D....r Marie, 44 ans, ménagère, entre salle Ste Marie, le 12 juillet pour se faire opérer d'une hernie crurale gauche. Opération très simple. La hernie ne présente rien de particulier. Cure radicale par le procédé des 4 crins.

Très bonnes suites opératoires. Les fils sont enlevés le 10^e jour. La malade se lève le 21^e jour et quitte l'hôpital le 23^e jour. (5 août).

OBSERVATION N^o XIII

Hernie inguinale droite. — Procédé des 4 crins

(Observation du D^r Civel, Hôpital civil. BREST)

L...s Emmanuel, 3 ans, entre à l'hôpital (salle des enfants) pour être opéré d'une hernie inguinale droite. A l'opération on tombe sur un sac très mince que l'on resèque et dont on remonte le moignon par un crin. L'orifice inguinal interne étant très étroit, on juge inutile de fermer le canal inguinal par les 2 crins en huit de chiffre. On en place simplement un qui prend le tissu cellulaire sous-cutané sans prendre de muscles. Un 3^e crin en surjet ferme la plaie. Pas de pansement. Ablation des fils le 10^e jour. Guérison complète.

OBSERVATION N^o XIV

Pseudo-étranglement d'une très grosse hernie crurale

gauche. — Simulacre d'intervention par un médecin.

Reprise de l'opération. — Cure radicale par les 4 crins

(Observation du D^r Civel, Hôpital civil. BREST)

L'observation suivante est curieuse non seulement en tant qu'observation de hernie, mais aussi au point de vue psychologie médicale. Nous allons d'ailleurs exposer les faits, sans porter de jugement sur la façon d'agir de ce médecin.

R...t Françoise, 54 ans, fermière, a depuis onze ans une volumineuse hernie crurale à gauche. Sa hernie (presque le volume d'une orange) la gênant depuis quelque temps, elle appelle un médecin en consultation. Celui-ci (qui a d'ailleurs la réputation d'aimer un peu trop la dive bou-

teille) estime que la hernie est étranglée, et, comme la femme passe pour avoir, comme il dit lui-même, « quelques petits moyens » il lui propose immédiatement une opération. Bien que n'étant pas chirurgien, il décide de pratiquer lui-même cette intervention, dans le lit de la malade, sans anesthésie.

Il fait donc une grande entaille sur la hernie, tombe sur un gros paquet d'intestin, qu'il commence à entamer, ce que voyant, il commence à reprendre un peu ses esprits, tout en perdant sa belle assurance du début. Il ferme, illico, son incision par quelques crins et nous expédie la malade à l'hôpital.

Elle entre à l'hôpital, salle Ste Marie, le 26 février dans un état lamentable. Nous l'opérons d'urgence le soir même. Laissant de côté l'incision primitive, nous ouvrons sur le collet du sac, nous tombons sur de l'intestin grêle adhérent en 2 ou 3 points au sac, mais la hernie ne présente aucun signe d'étranglement. L'anneau crural est d'ailleurs excessivement large, on pourrait y passer 3 doigts de front : cette hernie ne se serait même vraisemblablement jamais étranglée avec un tel orifice. Nous levons les adhérences et on s'aperçoit que l'intestin qui est rouge, enflammé et commence à présenter des signes de péritonite, est entamé en plusieurs points par le bistouri du premier médecin ; néanmoins il n'est pas crevé : seules la séreuse et la musculieuse sont intéressées. Quelques points à la soie réparent le dégât et on rentre l'intestin. Le sac est resséqué, fermé et remonté par un crin. On resseque un grand lambeau de peau, de la poche de la hernie, en ayant soin d'y comprendre la première incision, qui est infectée. Fermeture de l'anneau crural par 2 crins. Surjet de la peau : 4^e crin. On draine par précaution.

Après être restée plusieurs jours entre la vie et la mort, la malade finit par guérir. Les fils sont enlevés le 13^e jour. Et la malade quitte l'hôpital guérie le 4 mai, c'est-à-dire après un séjour de deux mois.

OBSERVATION XV

Hernie inguinale droite. Procédé des 4 crins.

(Observation du D^r Civel. Hôpital civil. BREST)

M....n Pauline, 16 ans, entre à l'hôpital le 22 juin pour être opérée d'une hernie inguinale droite.

Opération très simple. On tombe sur un sac volumineux, à parois épaisses, il est resséqué et remonté ; fermeture du canal inguinal par 2 crins en 8 de chiffre. Ici il n'y a pas à se préoccuper du cordon dans la fermeture du canal inguinal. Suture de la peau par un 4^e crin. Les fils sont enlevés le 10^e jour. La malade quitte l'hôpital, guérie, le 15 juillet.

OBSERVATION N° XVI

Hernie ombilicale chez une obèse avec entéroptose.

Lipectomie. — Cure radicale par les crins en 8 de chiffre

(Observation du D^r Civel. Hôpital civil. BREST)

A...n Jeanne, 27 ans, entre à l'hôpital le 17 mai 1914 pour être opérée d'une hernie ombilicale. Cette femme, qui est très obèse, est, de plus affligée d'un tablier de graisse qui lui descend au devant des cuisses et la gêne considérablement. On lui propose de la dégraisser en même temps qu'on lui fera sa cure radicale de hernie. Incision en croissant : la ligne d'incision supérieure, passant au-dessus du nombril, l'inférieure, en dessous. On circonscrit ainsi un croissant de peau et de tissu cellulaire sous-cutané (ce dernier a près de 10 centimètres d'épaisseur) que l'on enlève. Ensuite on resèque la hernie ombilicale ainsi que l'anneau ombilical. On ferme cet orifice par des crins en 8 de chiffre qui ressortent à la peau.

D'autres crins en 8 de chiffre affrontent en quelques points le croissant de graisse enlevée. Surjets sur la peau

par des crins. Un petit drain à chaque angle de la plaie. On tire les fils le 15^e jour. On a enlevé à peu près 4 kilos de graisse. La malade quitte l'hôpital, enchantée de son opération : elle est complètement guérie de sa hernie, se sent légère comme une jeune fille et promet d'envoyer une de ses tantes, qui est dans le même cas, se faire opérer.

OBSERVATION N° XVII

Hernie crurale gauche étranglée. — Procédé des 4 crins
(Observation du D^r Civel. Hôpital civil. BREST)

B....r Marie, 80 ans, entre à l'hôpital le 16 mars 1914, pour une hernie crurale gauche étranglée, depuis 48 heures. Malade très âgée et très fatiguée. Quelques gouttes de chloroforme. Incision de la peau, puis du sac : il s'échappe un peu de liquide. Agrandissement de l'anneau par le doigt agissant par divulsion : la portion d'intestin grêle étranglée, ne présente aucune lésion sérieuse, on la réduit.

Cure radicale par le procédé des 4 crins.

Durée totale de l'opération : à peine 4 minutes.

Malgré son grand âge la malade guérit parfaitement, vraisemblablement grâce à la rapidité de l'acte opératoire. Les fils sont enlevés le 10^e jour. La malade quitte l'hôpital le 4 avril, c'est-à-dire au bout de 19 jours : parfaitement guérie.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : le Président de Thèse,
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.** — *Soc. anat.* 1903, p. 432.
- Adam Eccles.** — *Hernia, its etiology, symptoms, treatment.* Londres, 1903.
- Aguilar.** — *Méd. modern.* 1897.
- Annandale.** — *Soc. méd. chir. d'Edinburg.* 1878.
Edinburg med. Journ. 1876.
- Autefage.** — *Résultats éloignés de la cure radicale des hernies inguinales et crurales.* Thèse de Paris, 1905-1906.
- Ball.** — *Brit. Med. Journ.* 1884 vol. 2. p. 461. 1887 vol. 2, p. 1272.
- Barker.** — *Brit. Med. Journ.* 1884 vol. 2. p. 461. 1887 vol. 2 pag. 1203. 1890 pag. 840. 1898, vol. 2, pag. 1479.
- Barrier.** — *De l'opération radicale de la hernie ombilicale.* Thèse de Paris, 1888.
- Bassini.** — *Archiv. f. Klin. chir.* 1890. Bd. XL p. 429. *Padoue*, 1895 et *Archiv. f. Klin. Chir.* 1894. p. 1 et *Borelius. Hygica*, 1894, p. 346.
- Baxter.** — *Annals of Surgery.* Mars 1893.
- Beaumelon.** — *Thèse de Lyon.* 1895.
- Beckel.** — *Revue de chir. et de gynécol.* 1897. p. 479.
- Begouin.** — *Journal des sciences médic. de Bordeaux*, 1903.
- Bennett.** — *The lancet*, 12 et 19 sept. 1891.
Clinical lectures on abdominal Hernia. London, 1893.
- Berger (L.).** — *Thèse de Paris*, 1890.
- Berger (P.).** — *Traité de chirur.* publié sous la direction de Duplay et Reclus. Paris, 1892, t. VI art. Hernies, 2^e édition, 1898, t. VI.
Résultats de l'examen de dix mille hernies, Paris, 1896.
- Bishop.** — *Brit. med. Journ.*, 1890.
The lancet, 10 février, 1894.
- Boltini.** — *Riforma medica*, 1891.
- Boursier.** — *Dict. encycl. des sciences méd.* 1888. 4^e série t. XIII.
- Bouveret.** — *Ouvrage très complet sur le traitement des hernies inguinales.* Thèse de Montpellier, 1905-1906.
- Brenner.** — *Résultats du procédé de Salzer.* (Centralblatt f. chir. 1899, p. 1163).
- Buchanan.** — *Brit. med. Journ.* vol. I. 1879.
- Camson.** — *Thèse de Lyon*, 1893.
- Chaput.** — *Presse méd.* 2 juillet 1904, p. 417.
Soc de chirur. 1900, p. 154.
- Cheyne.** — *The lancet*, 1892, p. 1039.
- Codivilla.** *Centralbl. f. chir.* 1898, p. 730.

- Condamin.** — *Archiv. prov. de chir.* 1892, p. 193 et 1893, p. 253.
Congrès de chirur. 1893, p. 207.
Thèse de Casteret. Lyon, 1892-1893.
- Civel** (de Brest). — *Archives provinciales de chirurgie.* 1^{er} janvier 1902 :
De la suture en 8 de chiffre et de ses différentes applications.
- Cormier.** — *The lancet.* Août 1894, p. 514.
- Dauriac.** — *Thèse de Paris*, 1896.
Gazette des hôpitaux, 1894. p. 675.
- Defontaine.** — *Archives provinciales de chirur.* 1897.
- Dejardin.** — *Journ. de chir. et Ann. de la Société de chirurg. belge*,
juin 1901.
- Delagénrière.** — *Archiv. prov. de chirurgie*, 1896, p. 61.
Voir : *Thèse de Demirleau.* Paris, 1897.
Thèse de Faligan. Toulouse, 1899.
- Le Dentü.** — *Clin. chirur.* Paris, Baillière, 1904.
- Douhairet.** — *Etude des procédés de cure radicale de hernie crurale.*
Thèse de Lyon, 1896.
- Dubos.** — *Thèse de Paris*, 1905-1906.
- Duplay et Cazin.** — *Sem. med.* 1896, p. 453 et 1897, p. 465 et *Archiv.*
gen. de méd. 1897, p. 28.
- Edebohls.** — *Doctor graduata.* New-York, 1897. t. xii, p. 75.
- Escher.** — *Archiv. f. Klin. chir.* 1892, Bd. XLIII. p. 55.
- Fabricius.** — *Centralbl. f. chirur.* 1894, p. 616.
- Faure.** — *Presse med.* janvier 1898, p. 49.
- Fenwick.** — *The lancet*, 1885.
- Ferrari.** — *Gazeta Degli Ospedali*, 1895.
- Frank.** — *Wiener Klin. Woch.* 1892, Bd. V, p. 417.
Wien. medicin. Wochenschr. 1892.
- Frappier** (O.). — *Nouvelle suture de la paroi abdominale.* (Suture
en 8 de chiffre de M. Clado) *Paris Thèse*, 1900.
- Frey.** — *Soc. de méd. de Styrie*, février 1803.
- De Garay.** — *Sem. méd.* 1896. p. 586. (*Congrès américain*)¹.
- Gaston.** — *Hernies ombilicales adhérentes.* *Thèse de Paris*, 1892.
- Ganyot et Spillmann.** — *Arsenal de la chirurgie contemporaine.* Pa-
ris, 1872. t. II.
- Gesland.** — *Thèse de Paris*, 1897.
- Goodwin.** — *New-York. Méd. Journ.* 1894.
- Gosselin.** — *Leçons sur les hernies.* Paris, 1865.
- Gourdet.** — *Congrès chirurgie.* Paris, 1905.
Thèse de Michel. Bordeaux, 1906.
- Gosset.** — *Les Hernies.* Précis de pathologie chirurgicale. Collection
Masson.
- Gourdon.** — *Thèse de Paris*, 1907.
- Graser** (E.). — *Unterleibsbrüche.* Wiesbaden, 1891.
- Guibé et Proust.** — *Myoplasties par glissement.* *Fresse Médicale*, 5
mars 1904, p. 105.
- Haackenbruch.** — *Ostéoplasties et greffes.* *Beitr. Z. Klin. chir.*, 1894,
p. 779.

- Hartmann.** — *Annal. de gynécol.* 1904, page 257.
- Heckel.** — *Compendium der Unterleibshernien.* Stuttgart, 1880.
- Jaboulay et Patel.** — *Traité des hernies.* Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Dellet.
- Kectly.** — *West London Médico-Chirurg. Society*, 1883.
- Kingscote.** — *Brit. méd. Journ.* 1890.
- Kocher.** — *Utilisation de l'épiploon et du sac.* Correspond. Blatt. f. schw. Aerzte.
- Laguaitte.** — *Lyon méd.*, 25 juillet 1897.
- Lambotte (A.)** — *Sur la suppression des fils perdus dans les sutures étagées.* (Annales de la société médico-chirurgicale d'Anvers. Janvier 1899).
- Lannelongue.** — *Académie de méd. et Gazette des hôpitaux*, 1897.
- Lapeyre (L.)** — *Les sutures sans fils perdus.* (Suture en 8 de chiffre du Dr Segond modifiée). Gazette médicale du centre. Tours, 1900.
- Leonte.** — *Congrès de chirur.* 1888.
- Linhart (W.)**. *Vorlesungen über Unterleibshernien* Wursburg. 1882.
- Lockwood.** — *The morbid Anatomy Pathology and Treatment of Hernia.* (*British méd. Journ.* London, 1889, vol. 1, p. 1336, 1398, 1459). *The lancet*, 1893 p. 1297.
- Lotheissen.** — *Centralbl. f. Chir.* 1898, p. 458.
- Ludwig.** — *Beiträge zur. klin chir.* 1897, p. 687.
- Lucas-Championnière.** — *Journal de médecine et de chirurgie pratique.* 1833. *Hernies, hygiène, thérapeutique.* Paris, 1904.
- Lucas-Championnière (J.)** — *Congrès de Lyon*, p. 1894. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, p. 609, 1895.
- Lyon-Smith.** — *The lancet*, 1904, p. 858.
- Mac-Ewen.** — *Brit. méd. Journ.* 1887. Vol. II, p. 1263.
- Marcready (J. F.)** — *A treatise on ruptures.* London, 1893.
- Marcy (R. O.)** — *The anatomy and. Surgical Treatment of Hernia.* New-York, 1892.
- Masson.** — *Indication de la cure radicale de la hernie non étranglée du nourrisson.* Thèse de Paris, 1904.
- Maydl.** — *Die Lehre von den Unterleibsbrüchen.* Wien, 1898.
- Mayo.** — *Journal of the american méd. Assoc.* 25 juillet 1903 (in centralbl. f. chir. 1903, p. 1236).
- De Mestral.** — *De l'opération radicale de la hernie ombilicale.* Thèse de Lausanne, 1881.
- Milliken.** — *Méd. Record*, 1892, p. 6.
- Millot.** — *Procédé de Bassini-Ferrari.* Thèse de Paris, 1902.
- Morestin.** — *Soc. anat.* 1899, p. 361 et *Gazette des hôpitaux.* Novembre 1900 : Les épiploïdes. *Congrès de chirurgie.* Paris, 1905.
- Mugnai.** — *Riforma medica*, 1891.
- Nicoladoni.** — *Wiener méd. Presse*, 1893, p. 841.
- O'Hara.** — *Brit. Méd. Journ.*, vol. II, 1892.
- Ombredanne.** — *Précis de Pathologie externe ; tome III. Poitrine et abdomen.* Collec. Gilbert et Fournier.
- Okinczyc.** — *Sacs à brides longitudinales.* *Soc. anat.*, 1902, p. 277.

- Omer-Chefki.** — *Lyon méd.* 1893.
- Parlavecchio.** — *Riforma medica*, 1893, p. 426.
Potichinico, 15 juin, 1900, p. 334.
 (Voir : *Vagliasendi. Gazeta méd. di Roma*, 1899).
- Parona.** — *Presse méd. lombarde*, 1891.
- Pénaire.** — *Congrès de chirurgie*, 1904.
- Phelps.** — *New-York med. Journ.* 1894 et *Congrès internat.* 1900 (Section chirurgie).
- Piccoli.** — *Procédés par dédoublement. Centralbl. f. chir.* 1900, p. 36.
- Platel.** — *Wiener méd. Wochenschr.* 1897.
- Pollosson.** — *Lyon méd.*, 1893.
- Polya.** — *Centralbl. f. chir.* 8 mars 1905.
- Poncet.** — *Lyon méd.*, 1897.
- Portillo.** — *Plaie de la veine femorale dans la cure radicale de la hernie crurale.* Thèse de Paris, 1899.
- Potempski.** — *Archiv della Soc. ital. de chirur.*, 1887-1890.
- Poulet.** — *Archiv. prov. de Chir.*, 1894, t. III, p. 310.
Gazette des hôpitaux, 1896, p. 1240.
Congrès de Rome, 1895.
- Quénu.** — *Réfection de la paroi. Gazette méd. de Paris*, 1893, p. 605 et *Thèse de ROGER*, Paris, 1895.
- Raynal.** — *Le bandage herniaire*, 1899.
- Read.** — *New-York méd. Journ.*, 1894.
- Reille.** — *Thèse de Paris* 1898. (*Procédé de Schwartz*).
- Reynier.** — *Du danger des fils de soie dans la ligature de l'épiploon.* (*Congrès de chir.* 1895).
- Riedl.** — *Résultats du procédé de Salzer (Centralblatt. f. chir.* 1899, pag. 1163).
Résultats du procédé de Salzer. (Wiener Klin. Wochenschr. 1904, p. 1905).
- Rochard.** — *Les hernies*, Paris, 1904.
- Roche.** — *Epiptoïtes tardives consécutives à la kélotomie.* (Thèse de Montpellier, 1895-1896).
- Rockey.** — *Cure radicale des hernies après soixante ans. (Journ. of the american. méd. assoc.*, 20 février 1897).
- Roux.** — *Congrès de chirurgie*, 1904.
- Ruggi.** — *Congr. chirur. Bologna*, 1894.
- Salzer.** — *Myoplasties dans les hernies crurales. Centralblatt f. chir.*, 1892.
- Sapiejko.** — *Cure radicale des hernies ombilicales chez l'adulte. Procédé par dédoublement. Revue de chir.*, 1900, p. 241.
- Sauget.** — *Epiptoïtes consécutives à la cure radicale des hernies* Thèse Paris, 1898-1899.
- Savariaud.** — *Presse méd.* 7 Juillet 1906, p. 429. *Congrès de chir.*, Paris, 1901, p. 579 et *Thèse de Coulleux*, Paris, 1903.
- Scarpa.** — *Traité des hernies*, 1812.
- Schmidt (Benno).** — *Die Unterleibsbrüche.* (Handbuch der allg. und spec. chir. von PITHA und BILLROTH. Erlangen, 1878. Bd III, 2^e Abtheil, Heft 3 p. 1 à 336).

- Schmidt** (G. B.). — *Die Unterliebsbrüche* (Deutsche chir. Stuttgart Lief XLVII, 1896).
- Schwartz** (Ed.). — *Congrès de chir.* 1893, p. 690. (Voy. aussi GESLAND. *Thèse de Paris*, 1897. — **BURNOIR**. *Thèse de Paris*, 1900-1901). Congrès international de chirurgie, 1900.
- Schnitzler**. — *Wiener Klin Rundschau*. 1900.
- Sebileau**. — *Sem. méd.*, 1896, p. 510.
- Senn**. — *Journ. of the américain. méd. Assoc.* 1896, vol. XXVI, p. 872.
- Socin**. — *Gesellschaft f. chir.* Berlin, 1880, p. 259.
- Soenger**. — *Centralbl f. Gynæcol.* 1890. Bd XIV, p. 473.
- Tait**. — *British. méd. Journ.* 1883, vol. II, p. 1118.
- Tavel**. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1904, p. 537.
- Terrier**. — *Revue de chirurgie*, page 985, 1889.
- Thiriar**. — *Congrès de chirurgie.* 1893. *Cure radicale des hernies crurales Ostéoplasties et greffes.* Congrès de chirurgie, 1893, p. 318.
- Trendelenburg**. — *XIX^e Congrès de la Société allemande de chirurgie* 1890.
- Triconi**. — *Cure radicale de la hernie crurale : Abaissement de l'arcade crurale.* *Revue de chirurgie*, 1892, pag. 889.
- Tuffier**. — *Soc. de chirurg.* 1894. *Revue de chirurgie*, 1896, N° 3, page 240.
- Vagliasendi**. — *Gazeta medic. di Roma*, 1899. *Riforma medica*, 1893. *Policlinico* 15 juin 1900, page 334.
- Vallas**. — *Thèse de Lyon*, 1901.
- Villar**. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1894 et 1895.
- Wolfier**. — *Beitrag zur chir. Festschrift f. Th. Bilbroth*, 1892.
- Wood** (John). — *Lectures on hernia and its radical cure.* London, 1886.
-

Table des Matières

Avant-propos.....	6
Introduction.....	8
Le procédé des 4 crins.....	9
Avantages et inconvénients du procédé des 4 crins.....	14
Application du procédé des 4 crins aux différentes hernies.....	18
Quelques réflexions personnelles sur les cures radicales de hernies.....	23
Conclusions	27
Observations.....	29
Bibliographie.....	41
Table des matières.....	46

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, VI^e

PARIS

